

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N.°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 juillet 1909, à 1 heure

Par **Arthur BUDAN**

Né à la Pointe-à-Pitre (Guadeloupe) le 11 avril 1882

ESSAI SUR L'EMPLOI

DE

LA GLYCÉRINE BORATÉE

DANS LES

PANSEMENTS DES MASTOIDITES

ET DES

ÉVIDEMENTS PÉTRA-MASTOIDIENS

(Travail du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Lariboisière)

Président : M. SEGOND, professeur.

*Juges : { MM. DELBET, professeur.
WALTER et LEJARS, agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	DEJERINE.
Anatomie pathologique	LANDELONGUE.
Histologie	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	PIERRE DELBET.
Clinique chirurgicale	QUENU.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
	PINARD.
Clinique d'accouchements	BAR.
	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

Témoignage d'infinie reconnaissance

A MA FIANCÉE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

ARTHUR DE MASSIAS DE BONNE

AUX PARENTS ET AMIS QUI AUX HEURES D'ÉPREUVES M'ONT AIDÉ
ET ENCOURAGÉ

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL SEGOND

*qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence
de cette thèse*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR SCHWARTZ

Chirurgien de l'Hôpital Cochin en 1901

MONSIEUR LE DOCTEUR BALLET

Médecin de l'Hôtel-Dieu en 1902

MONSIEUR LE DOCTEUR LE NOIR

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine en 1902

MONSIEUR LE DOCTEUR SEGOND

Chirurgien de l'Hospice de la Salpêtrière en 1903

MONSIEUR LE DOCTEUR ALBARRAN

Chirurgien de l'Hôpital Hérold en 1903

MONSIEUR LE DOCTEUR GUINARD

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

Externat 1904-1905

MONSIEUR LE DOCTEUR CAUSSADE

Médecin de l'Hôpital Tenon

Externat 1905-1906

MONSIEUR LE DOCTEUR SEBILEAU
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
Chef du Service d'oto-rhino-laryngologie
Externat 1906 à 1907 et 1907 à 1908
(Prix Fillieux 1907)

MONSIEUR LE DOCTEUR BOISSARD
Médecin accoucheur de l'Hôpital Saint-Louis en 1909

A MES AUTRES MAITRES

MONSIEUR LE DOCTEUR MORESTIN
Chirurgien de l'Hôpital Tenon

MONSIEUR LE DOCTEUR CUNÉO
Chirurgien des Hôpitaux -

MONSIEUR LE DOCTEUR LOMBARD
Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR LABEY
Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR GRÉGOIRE
Prosecteur à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN CAMUS
Préparateur à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR FERNAND LEMAITRE
Assistant adjoint du Service d'otorhinolaryngologie
de l'Hôpital Lariboisière

INTRODUCTION

Lorsque à la fin d'une bonne et fructueuse année d'externat passée auprès de notre maître Sebileau, dans son service d'otorhinolaryngologie de Lariboisière, nous sollicitâmes de lui la faveur de redoubler une nouvelle année dans le service, notre maître nous engagea à nous consacrer plus spécialement aux pansements externes, nous voulons dire aux pansements des malades opérés ayant quitté l'hôpital.

Les mauvaises conditions d'hygiène et de propreté dans lesquelles vivent à leur sortie de l'hôpital ces malades, obligés le plus souvent de reprendre bien plus tôt qu'il ne conviendrait, sous peine de perdre leurs places, leurs occupations journalières, font que l'évolution des plaies opératoires chez ces malades n'est pas tout à fait la même que chez les personnes aisées.

Les pansements sont souvent défaits, souillés, et il n'est pas rare d'y constater la présence de pus bleu. On conçoit que de ce chef la réparation soit lente et retardée.

Du reste, nous sommes porté à croire que, d'une manière générale, car ce n'est pas toujours exact, en raison de leur négligence, de leur accoutumance plus grande à la souffrance, de leur indigence aussi les retient à l'atelier, les malades formant la clientèle ordinaire de l'hôpital se présentent à nous avec des lésions plus avancées, plus étendues, nécessitant des interventions plus larges et des plaies opératoires plus étendues.

Pour toutes ces raisons, la pratique des pansements externes est peu goûtée d'habitude des étudiants. Elle est aussi et bien à tort considérée comme ingrate et stérile.

Nous pensons au contraire que rien n'est plus instructif que l'étude journalière de l'évolution des plaies opératoires, rien n'est plus intéressant que d'assister à cette réparation que, du reste, l'on est constamment appelé à diriger, en détruisant par exemple des bourgeons de mauvaise allure; à favoriser, en traitant la plaie par des applications de teinture d'iode par exemple.

C'est ainsi que le panseur est pour le chirurgien un collaborateur utile qui a son influence dans les succès opératoires de celui-ci.

Ces réflexions peuvent paraître banales, parce que s'appliquant à toutes les plaies chirurgicales, mais nous prétendons que c'est surtout dans la spécialité de l'otologie qu'elles sont justifiées.

Nous avons été formé à ces idées dans le service de notre maître Sebileau, et c'est pour nous une occasion d'adresser ici de très vifs remerciements au D^r Lemaî-

tre, assistant-adjoint du service, qui nous a particulièrement encouragé et engagé tant dans les recherches que nous avons entreprises à propos des pansements otologiques, que dans nos études mêmes durant les deux années passées dans le service.

Comment avons-nous été amené à employer la glycérine boratée dans nos pansements de mastoïdites et d'évidements pétro-mastoïdiens ?

C'est spontanément que nous avons eu l'idée d'expérimenter l'emploi de la glycérine boratée dans nos pansements, à propos du cas suivant :

OBSERVATION INITIALE

Un malade, ancien évidé, vient consulter, un mois environ après sa guérison apparente, pour un écoulement, qui se produit par le conduit, de pus fétide, avec douleur de la région de l'oreille correspondante.

A l'examen, après avoir débarrassé le conduit du pus qui en baigne les parois, on voit que celles-ci sont érodées, enflammées, sans que ces phénomènes semblent relever d'une autre cause que l'irritation par le contact prolongé du pus.

Au fond de la cavité est un enduit blanc grisâtre, sale, dur au stylet, au travers duquel suinte le pus.

Le stylet effrite les bords du pertuis, et il est facile de reconnaître qu'il s'agit d'une croûte borique, laquelle a dû se former par accumulation d'acide borique en poudre insufflée dans la cavité. Cette croûte en masquant le fond de la cavité avait fait croire à la guérison complète. Mais le pus, après avoir séjourné

un certain temps derrière cette barrière artificielle, s'est fait jour à travers des fissures et a érodé les parois du conduit. La douleur observée est d'ordre inflammatoire, et c'est elle qui a attiré l'attention du malade et l'a conduit vers nous.

Nous essayons vainement de ramener par la pince la croûte boriquée, dont nous ramenons seulement de très petits fragments, le reste paraissant incrusté dans le tissu muqueux enflammé.

C'est alors que, dans le but de ramollir cette croûte, nous avons l'idée de verser dans la cavité quelques gouttes de *glycérine boratée*. Nous avons employé la glycérine boratée, de préférence à la glycérine simple, afin de faire agir la propriété antiseptique bien connue du borate de soude sur les parois érodées du conduit. Le lendemain nous constatons que le but que nous avions voulu atteindre était pleinement réalisé, la glycérine avait dissous la plus grande partie de l'acide borique, et c'est avec la plus grande facilité qu'au moyen de petits tampons d'ouate, montés sur stylets, nous ramenons les parcelles d'acide borique non dissoutes.

Mais dès ce premier pansement notre attention a été mis en éveil sur les bons résultats que l'on peut attendre de l'emploi de la glycérine boratée sur les plaies cruentées.

Nous fûmes frappé en effet par la tendance à la cicatrisation des parois érodées, et cela à un point tel que c'est avec un sentiment de curiosité cette fois que nous résolûmes de continuer à verser dans la cavité de la glycérine boratée, nous en servant comme d'un baume de pansement antiseptique.

Le surlendemain, nouvel examen qui nous encourage à renouveler notre pansement à la glycérine boratée.

Après un nouveau pansement analogue aux autres, fait deux

jours après, la cicatrisation était parfaite. Cette fois le malade était bien guéri. Les parois du conduit étaient tapissées d'une couche épidermique souple, luisante, adhérente, définitive.

Ce qui nous a en effet le plus intéressé dans cette observation, c'est la rapidité de la cicatrisation en même temps que sa finesse et son vernis.

C'est à la suite de cette expérimentation que nous nous sommes proposé d'essayer méthodiquement l'emploi de la glycérine boratée dans nos pansements.

Nous avons entrepris d'abord un certain nombre de mastoïdites récemment opérées, puis des évidements pétromastoïdiens.

Nous avons pensé ensuite qu'il serait intéressant et peut-être utile de rapporter nos observations, c'est le but que nous nous proposons dans ce travail.

DIVISION

Nous le diviserons en trois parties :

La première partie comprendra nos observations, c'est-à-dire nos notes de pansements.

La deuxième partie sera l'exposé de nos recherches théoriques et expérimentales sur la glycérine boratée.

Enfin dans la troisième partie nous essaierons de tirer une conclusion pratique de l'ensemble de ces notes et recherches.

PREMIÈRE PARTIE

NOTES DE PANSEMENTS

Il est un certain nombre d'observations que nous n'avons pas consignées par écrit parce qu'à cette époque, nous ne pensions pas encore les grouper pour en faire un mémoire.

Ce sont nos observations initiales, correspondant à la phase de tâtonnement et de prudence qui a précédé l'emploi systématique fait par nous de la glycérine boratée.

Au début, l'emploi de la glycérine boratée par nous fut supplémentaire si je puis dire. En effet, après avoir badigeonné le fond d'une plaie de mastoïdite par exemple de teinture d'iode, nous enduisions les parois de la cavité d'une légère couche de glycérine boratée.

Et encore ce pansement, nous ne le faisons que par intervalles, avec prudence, car nous avons par-dessus tout le souci de ne pas compromettre par nos essais la marche de la guérison des opérés qui nous étaient con-

fiés. Ce n'est que peu à peu que nous arrivâmes à employer largement la glycérine boratée.

Du reste nous devons reconnaître que de bonne heure notre maître Sebileau, prévenu par le Dr Lemaître de nos essais, nous encouragea, et c'est alors que nous eûmes l'idée de consigner par écrit quelques observations qui puissent témoigner des bons résultats que nous obtenions de l'emploi de la glycérine boratée dans nos pansements.

Nous grouperons ces observations en deux chapitres :

Dans le chapitre I nous rapporterons nos observations de mastoïdites pansées à la glycérine boratée.

Dans le chapitre II celles des évidements pétromastoïdiens pansés de la même manière.

CHAPITRE PREMIER

Mastoïdites pansées à la glycérine boratée

Nous les donnons par ordre de date :

Observation I

Mastoïdite droite consécutive à otite moyenne aiguë, opérée le 2 juin 1907, pansée, à la glycérine boratée à partir du 24 juin, complètement guérie à partir du 10 août.

M. B...J..., âgé de 25 ans, entré dans le service de M. Sebileau le 30 mai 1907 avec le diagnostic de mastoïdite droite consécutive à otite moyenne aiguë.

« Le début de l'otite remonte au 15 avril 1907. Après une phase de trois ou quatre jours de durée, de diminution de l'acuité auditive droite, douleurs lancinantes dans l'oreille avec irradiations à la moitié droite de la tête. Bourdonnements et vertiges.

« Au bout de cinq jours environ, apparaît la suppuration qui apporte un grand soulagement.

« Mais voilà que la suppuration s'arrête, les douleurs réapparaissent, la mastoïdite s'installe. »

Admission à l'hôpital.

Opération le 2 juin 1907 par le Dr Lemaître qui a transcrit sur la feuille d'observation du malade la note suivante :

« Incision, Issue de pus qui semble venir d'en haut.

« Trépanation de l'autre : pus et fongosités.

« Évidement mastoïde séquestrée.

On trouve le sinus à nu.

« Ostéite postérieure.

« On met à nu une partie de la fosse cérébelleuse.

« En haut la rugination conduit vers une fistule sus et ante conduit (d'où venait le pus).

« Destruction de l'os.

« Dure-mère cérébelleuse à nu.

« En réunissant les deux foyers, le sinus est lésé par une esquille et saigne.

« Tamponnement.

« Pansement à Pectogan. »

Pansements. — Du 4 au 24 juin le malade est pansé suivant la méthode ordinaire. Il nous est confié le 24 juin.

Premier pansement à la glycérine boratée le 24 juin. — Nous notons qu'il y a du pus bleu.

La suppuration est très abondante.

Les mèches une fois enlevées, apparaît une large plaie mastoïdienne de 3 c. 1/2 environ de profondeur.

Elle a mauvais aspect, et est pleine de bourgeons proliférants, mous, et qui saignent au contact du stylet.

Nous pratiquons un sérieux lavage de la plaie et du voisinage, à l'alcool à 90°.

Nous touchons tous les bourgeons au crayon de nitrate d'ar-

gent, puis asséchons avec soin le suintement que fait naître le nitrate d'argent sur des bourgeons mous.

Nous enduison les bords de la plaie d'une solution de nitrate d'argent au 1/50 pour détruire le bacille pyocyanique.

Enfin nous humectons largement les parois de la plaie avec de la glycérine boratée au 1/10^e. Mèches. Compresse. Ouate. Bande de gaze pour maintenir le pansement.

Deuxième pansement le 25 juin. — Le lendemain il n'y a plus de pus bleu.

Suppuration abondante.

Même pansement que le précédent. Seulement cette fois nous laissons à demeure des mèches imbibées de glycérine boratée.

Troisième pansement le 26 juin. — Nous notons, lorsque le pansement est défait, que les mèches retiennent le pus.

Ainsi l'aspect de la plaie est plus propre, il ne s'en dégage aucune mauvaise odeur. Ces faits nous frappent d'autant plus, que le plus souvent le pus a tendance à diffuser et à traverser les compresses.

Les mèches une fois enlevées, nous voyons qu'elles retenaient vraiment le pus, car la plaie est nette, comme asséchée, présentant une couleur particulière, rouge, vernissée. Elle est lisse, régulière.

La cavité a, dès ce troisième pansement, nettement diminué de profondeur, et surtout de largeur. Elle a donc tendance à se combler dans tous les sens à la fois, ce qui est de bon augure.

Même pansement que précédemment.

Mèches imbibées de glycérine boratée.

Quatrième pansement le 28 juin. — Le pansement est propre. Les mèches retiennent le pus qui d'ailleurs est très peu abondant.

Nous avons dans la suite pansé le malade tous les deux jours, parfois tous les trois jours. Nous avons été surpris de la rapidité avec laquelle la plaie mastoïdienne si large et si profonde s'est comblée, et nous avons noté que ce comblement a toujours été régulier et uniformément progressif. Par instant il nous a semblé que la plaie mastoïdienne voulait s'épidermiser sur place sans se combler; nous avons dû alors lutter contre cette épidermisation exagérément rapide, en grattant la surface de la plaie avec la pointe de la pince courbe.

Au 1^{er} août. — Il ne persiste plus qu'une rigole qui tarde un peu à se cicatriser.

Le 10 août. — La cicatrisation est complète, cicatrisation cutanée, lisse, souple, luisant, qui diffère peu de la peau voisine.

Il s'est donc écoulé deux mois et huit jours entre le jour de l'opération et le jour de sa guérison complète.

Le malade n'a été pansé à la glycérine boratée que pendant quarante-six jours. Si l'on se reporte à la note de M. Lemaître relatant l'étendue des lésions relevées au cours de l'opération, il est permis de dire que la durée des pansements a été courte. Mais ce qui nous paraît surtout particulièrement intéressant à signaler, c'est la marche régulière de la cicatrisation et de l'épidermisation sous l'influence du pansement à la glycérine boratée.

Observation II

Mastoïdite droite opérée le 4 juin 1907, pansée à la glycérine boratée à partir du 24 juin, complètement guérie à partir du 25 août.

M. B... E..., âgé de 50 ans, entré dans le service de M. Sebi-leau le 3 juin pour mastoïdite droite.

« Le malade nie tout passé otitique ancien.

« Il a seulement noté une diminution de l'acuité auditive droite depuis trois ans.

« Il y a quinze jours : début brusque, douleurs lancinantes dans l'oreille droite, pas de suppuration.

« A l'examen : Mastoïdite évidente extériorisée. »

Admission à l'hôpital.

OPÉRATION le 4 juin 1907 par le Dr Gibert :

« Incision rétroauriculaire en T.

« Un flot de pus s'échappe à l'incision des téguments.

« La corticale est fissurée au niveau de l'antra, par là a dû se faire la communication avec la collection sous-cutanée.

« La corticale antrale cède facilement sous la gouge.

« Antra haut situé et grand. Il sort du pus.

« La corticale de l'antra à la pointe est ostéitique. Destruction à la gouge.

« Pus sous pression venant de la loge osseuse du sinus qui est détruite sur 2 ou 3 millimètres de sa portion descendante : un tiers supérieur.

« Agrandissement de cette brèche et destruction de son canal osseux depuis le coude jusqu'au bas vers le redressement de son trajet descendant.

« Le sinus est recouvert de fongosités que l'on curette prudemment.

« Le sinus est sain.

« Trois points de suture en haut, 2 en arrière. »

Pansements. — Du 7 au 22 juin le malade est pansé suivant la méthode ordinaire.

Il nous est confié le 24 juin.

Premier pansement à la glycérine boratée le 24 juin. — Suppuration abondante.

Plaie large et profonde remplie de bourgeons fongueux et mous.

Il y a cependant de nombreux points où l'os est encore à nu.

Lavage à l'alcool absolu de la plaie et des parties voisines.

Destruction des bourgeons au nitrate d'argent. Asséchage. Enduit de glycérine boratée. Mèches. Compresses, ouate, bande.

Deuxième pansement le 26 juin. — Suppuration moins abondante.

Même pansement que précédemment, mais nous laissons à demeure des mèches imbibées de glycérine boratée.

Troisième pansement le 28 juin. — Pansement propre. Pas de mauvaise odeur.

Suppuration beaucoup moins abondante.

Les mèches glycérineuses retiennent le pus, et l'entraînent quand on les enlève.

Plaie rosée, luisante.

Tous les points où l'os n'était pas recouvert de bourgeons charnus le sont actuellement.

Les bourgeons sont durs et ne saignent pas au contact du stylet. Pansement à la glycérine boratée.

Quatrième pansement le 1^{er} juillet. — Mêmes constatations.

Cinquième pansement le 3 juillet. — La plaie a considérablement diminué de surface et de profondeur.

L'épiderme des bords tend à gagner le fond de la cavité.

Du reste la plaie tend à s'épidermiser sur place; nous sommes amenés à curetter légèrement les parois de la cavité pour empêcher cette épidermisation inesthétique.

Le malade a été pansé par nous tous les deux ou trois jours.

Nous avons dû très rarement user du crayon de nitrate d'ar-

gent pour détruire quelques rares bourgeons fongueux nés sur les bords ou la pointe inférieure de la plaie.

Le bourgeonnement a toujours été dur, lisse, régulier, uniforme

Dès le milieu du mois de juillet toute trace de suppuration avait disparu.

Mais la dernière phase de la cicatrisation a été longue, car celle-ci tendait à se faire sur place, devançait le bourgeonnement de la cavité. Nous avons dû lutter à diverses reprises la curette à la main contre cette mauvaise terminaison, c'est là ce qui a retardé la cicatrisation terminale que nous n'avons eue complète et dans de bonnes conditions que le 25 août.

Il s'est donc écoulé deux mois et vingt jours entre le jour de l'opération et le jour de la guérison complète, le malade a été pansé à la glycérine boratée pendant deux mois.

Il s'agissait encore ici d'une mastoïdite à lésions étendues; et la terminaison en a été rapide à notre sens.

Observation III

Mastoïdite gauche consécutive à otite moyenne aiguë, opérée le 9 juin 1907, pansée à la glycérine boratée à partir du 29 juin, complètement guérie à partir du 9 août.

M^{me} M. D..., âgée de 27 ans, entrée dans le service de M. Sebileau le 7 juin pour mastoïdite gauche consécutive à otite moyenne aiguë.

« Le début de l'otite remonte à il y a six semaines.

« Au cours d'une angine légère, douleurs lancinantes dans les deux oreilles.

« Suppuration bilatérale.

« Au bout d'un mois la suppuration cesse à droite, tandis qu'à gauche s'installe la mastoïdite qui amène la malade. »

Admission à l'hôpital.

OPÉRATION pratiquée le 9 juin par Sebileau.

« Incision. Il sort un peu de pus à l'incision des téguments.

« On rugine et trépane l'antra au lieu d'élection. Il sort du pus sous pression. Toute la corticale jusque vers la pointe, y compris celle-ci, est ostéitique.

« Il y a quelques cellules limitrophes malades. En arrière la mastoïde est malade également, mais la loge osseuse du sinus est respectée. En haut l'os est à peu près sain.

« Pansement à l'ectogan. »

Pansements. — La malade a été pansée pendant une dizaine de jours suivant la méthode ordinaire.

Le 22 juin elle fut confiée à notre collègue Miégevillle qui expérimentait en ce moment avec nous la glycérine boratée.

D'après les renseignements que nous a fournis notre collègue, la plaie a toujours réagi comme celles de nos observations précédentes sous l'influence de la glycérine boratée.

Il a seulement fallu user souvent de nitrate d'argent pour détruire quelques bourgeons exubérants.

Nous pensons que cela est dû à ce que notre collègue imbibait seulement les parois de la cavité mastoïdienne de glycérine boratée sans laisser à demeure, comme nous le faisons, des mèches de glycérine boratée.

Toutefois la plaie s'est comblée très régulièrement. La guérison était complète le 9 août, ce qui fait une durée de deux mois exactement depuis l'opération.

Le pansement à la glycérine boratée a été pratiqué pendant un mois et demi.

Observation IV

Mastôidite gauche, consécutive à otite moyenne aiguë, opérée le 30 juin 1907, pansée à la glycérine boratée dès le 7 juillet, complètement guérie le 25 août.

M. B... J..., âgé de 65 ans, entré dans le service le 28 juin pour mastôidite droite consécutive à otite moyenne aiguë.

« Début il y a deux mois.

« Douleurs avec rémissions de courte durée dans l'oreille gauche, de plus en plus vives.

« Il y a quatre semaines : paracentèse du tympan.

« Depuis cette époque, écoulement continu de pus.

« Il y a douze jours réapparition des douleurs.

« Vertiges dans la station debout.

« Installation de la mastôidite.

« Tuméfaction préauriculaire. »

Admission à l'hôpital.

OPÉRATION pratiquée le 30 juin 1907 par le Dr Lemaître.

« Antre très petit et très antéro-postérieur.

« Très peu de pus.

« Corticale très épaisse, saine.

« Il faut enlever 1 centimètre cube pour trouver des lésions.

« Sinus à nu (face antérieure et 1/3 externe).

« Ostéite du conduit et de la pointe qui est complètement détruite.

« Communication avec le cou.

« Conduit membraneux sphacélé en arrière.

« Suture en haut et en arrière.

« Pansement à l'ectogan. »

Nous devons à l'affabilité de M. Lemaître l'observation suivante qu'il a bien voulu prendre lui-même pour nous la communiquer.

Premier pansement le 4 juillet. — Pansement simple.

Deuxième pansement le 7 juillet. — Pansement à la glycérine boratée pratiqué par le Dr Lemaître lui-même.

Dès le troisième pansement (9 juillet). — M. Lemaître note que les bourgeons ont envahi presque tous les points osseux. Pansement simple après lavage de la plaie à l'alcool.

Quatrième pansement le 13 juillet. — Eau oxygénée.

Cinquième pansement le 17 juillet. — Glycérine boratée.

Complication d'ordre médical. Bronchite aiguë. Application de ventouses.

Sixième pansement le 21 juillet. — Glycérine boratée.

Septième pansement le 23 juillet. — Pansement simple. Nouvelles manifestations bronchitiques.

Léger louche d'albumine dans les urines.

Huitième pansement le 25 juillet. — Pansement simple.

Neuvième pansement le 27 juillet. — Glycérine boratée.

A partir de ce moment les pansements ont été faits tous les deux ou trois jours à la glycérine boratée.

Vingtième pansement le 20 août. — Cicatrisation.

Vingt-deuxième et dernier pansement le 25 août. — Guérison.

Il s'est écoulé cinquante-cinq jours entre le jour de l'opération et le dernier jour du pansement.

Si le pansement à la glycérine boratée a été précoce, il n'a pas été continu.

Malgré la bronchite probablement grippale, la marche de la cicatrisation a été régulière jusqu'à complète guérison.

Observation V

Mastoïdite droite consécutive à otite moyenne aiguë, opérée le 19 juillet, pansée dès le huitième jour à la glycérine boratée, guérie complètement à partir du 10 septembre.

M. P... E..., âgé de 52 ans, entré dans le service de M. Se-bileau pour une mastoïdite droite consécutive à une otite moyenne aiguë.

« Début il y a trois mois par douleur dans le conduit.

« Au bout de trois semaines écoulement de pus avec rémission des phénomènes douloureux. Alternatives de suppuration et de cessation.

« Il y a six jours, alors que pas de suppuration, réaction mastoïdienne.

« Paracentèse.

« La mastoïdite devient évidente. »

Admission à l'hôpital.

OPÉRATION pratiquée le 19 juillet par le Dr Lemaître.

« Incision en T.

« Grosse infiltration des téguments.

« Antre superficiel, plein de pus et de fongosités.

« Pointe également purulente.

« Ostéite du conduit et de la loge du sinus qui est mise à nu en deux points.

« Sinus normal.

« Pansement à l'ectogan. »

Pansements. — *Premier pansement le 23 juillet.* — Pansement ordinaire.

Deuxième pansement le 25 juillet. — Glycérine iodée après nitrate d'argent.

Troisième pansement le 27 juillet. — Glycérine boratée.

Quatrième pansement le 30 juillet. — Glycérine boratée.

Cinquième pansement le 2 août. — Glycérine boratée.

Le malade nous est confié le 5 août.

Nous notons que la plaie est en bonne voie de cicatrisation.
Le bourgeonnement en est lisse, régulier.

Sur les bords de la plaie on voit quelques bourgeons exubérants que nous touchons au crayon de nitrate d'argent.

Pansement à la glycérine boratée.

Nous avons pansé le malade tous les deux ou trois jours à la glycérine boratée après lavage à l'alcool, en laissant à demeure des mèches imbibées de glycérine boratée. C'est encore ici la marche régulière du bourgeonnement, la qualité des bourgeons qui sont durs, homogènes, que nous avons notées.

Dès notre troisième pansement il n'y a plus eu de pus.

Nous avons eu ici encore à lutter contre l'épidermisation trop rapide provoquée par la glycérine boratée.

Le 6 septembre, c'est-à-dire exactement un mois et onze jours après l'opération, un mois après que le malade nous eut été confié, celui-ci était presque guéri.

Le 7 septembre le malade se mariait, et le 10 septembre il nous faisait constater que la guérison était complète.

Observation VI

Mastoïdite droite, consécutive à otite moyenne aiguë, opérée le 27 juillet, pansée à la glycérine boratée dès le deuxième pansement, complètement guérie le 3 septembre.

M^{lle} P... G..., âgée de 15 ans, entrée dans le service le 26 juillet 1907, pour mastoïdite droite au cours d'otite moyenne aiguë.

« Début il y a quinze jours.

« Au cours d'une angine, douleur vive à la déglutition.

« Le lendemain douleurs lancinantes dans l'oreille droite
Céphalée.

« Au bout de cinq à six jours écoulement spontané de pus, peu abondant. Rémission des phénomènes douloureux.

« Pendant une semaine, suppuration qui n'a pas cessé.

« Cependant la mastoïdite s'est installée peu à peu. »

Admission à l'hôpital.

OPÉRATION le 27 juillet par M. Lombard.

« Incision rétro-auriculaire.

« Rugination.

On sent au niveau de la pointe et à la partie postérieure au-dessus de celle-ci une vaste perforation qui l'a détruite presque en totalité.

« Par l'expression du cou on fait sortir du pus à la partie inférieure de l'incision.

« On recherche l'antre qu'on trouve en situation et en profondeur normales.

« Toute la mastoïde est entièrement friable, et on arrive en quelque sorte à peler la mastoïde à la curette.

« Par quelques coups de curette, l'antre est réunie à la pointe. Néanmoins malgré cette diffusion des lésions, celles-ci ne s'étendent pas en profondeur et laissent intacts le toit et la gouttière du sinus.

« Pansement à l'ectogan. »

Pansements. — La malade a été pansée pendant quinze jours tous les trois jours dans la salle.

Pansement simple.

Puis elle a été pansée à la glycérine boratée très largement, avec mèches imbibées de glycérine boratée, par notre collègue Gatineau qui nous a communiqué ses observations.

Le bourgeonnement a été très rapide.

Il a fallu lutter contre la prolifération trop expansive des bourgeons par le nitrate d'argent.

La suppuration a disparu de bonne heure.

Dès le 1^{er} septembre la cicatrisation était considérée comme complète.

La dernière visite de l'opéré a été faite le 3 septembre.

Ce qui fait en tout une durée de cinq semaines depuis le jour de l'opération jusqu'au jour de la guérison complète, et encore la malade n'a été pansée que pendant trois semaines à la glycérine boratée.

Observation VII

Mastoïdite droite opérée le 20 juillet, pansée à la glycérine boratée presque dès le début, complètement guérie à partir du 1^{er} septembre.

M. L... J..., âgé de 58 ans, entré dans le service de Sebileau le 19 juillet pour mastoïdite droite. Nous n'avons pas pu avoir l'histoire de cette mastoïdite.

Nous devons à notre collègue Miégeville qui a fait les pansements quelques renseignements sur les suites opératoires.

OPÉRATION le 20 juillet par le Dr Gibert.

« Incision classique.

« Corticale saine, scléreuse.

« Antre profond et très haut situé, bien au-dessus de l'épine de Henle.

« La pointe est très petite, très scléreuse.

« En arrière vers le coude du sinus, fongosités du volume

d'une noisette, sus-jacente au sinus d'où s'échappe un liquide séro-purulent.

« On agrandit la brèche osseuse pour bien se repérer.

« On reconnaît qu'il vient d'une cellule postérieure sus-jacente au sinus, cellule dont la paroi profonde osseuse a été détruite par le processus ostéitique et se trouve ainsi au contact du sinus.

« On la détruit à la curette; et le sinus se montre sain par-dessous.

« Pansement à l'ectogan. »

Suites opératoires. — « Le malade est sorti de l'hôpital le 13 août après y être resté vingt-trois jours.

« Les premiers pansements ont été faits à la glycérine boratée

« Notre collègue Miégevillè a continué les pansements à la glycérine boratée.

« La marche du bourgeonnement a été régulière.

Le 1^{er} septembre. — La cicatrisation était complète; ce qui fait quarante jours seulement d'écoulés entre le jour de l'opération et le dernier jour de pansement.

CHAPITRE II

Évidements pétro-mastoïdiens pansés à la glycérine boratée

Nous n'avons transcrit que deux observations jusqu'à complète guérison d'évidés pansés à la glycérine boratée.

Les résultats ne nous ont pas encouragé à porter sur un trop grand nombre de malades nos expériences.

Néanmoins nous voulons rapporter les deux observations que nous avons recueillies avec soin :

Observation VIII

Évidement pétro-mastoïdien pratiqué le 9 mai 1907, pansé à la glycérine boratée à partir du 24 juin, complètement guéri le 31 juillet.

M. Ch. N..., âgé de 17 ans, entré à l'hôpital le 6 mai 1907 pour otite moyenne aiguë gauche, suppurée, avec abcès rétro-auriculaire.

« *Début* il y a trois semaines: apparition de douleurs lancinantes dans l'oreille gauche.

« Diminution de l'acuité auditive.

« Tendance au vertige.

« Au bout de huit jours, les douleurs cessent en même temps qu'apparaît un écoulement purulent par le conduit.

« Il y a cinq à six jours, l'écoulement par le conduit cesse complètement, mais le malade commence à souffrir du côté de la mastoïde, en même temps qu'apparaît à ce niveau une collection fluctuante qui témoigne d'un abcès extériorisé.

« Puis l'abcès se fistulise.

« Un stylet introduit par le pertuis arrive sur de l'os dénudé ostéitique. »

OPÉRATION pratiquée le 9 mai par le D^r Lemaître.

« Incision au niveau de la fistule cutanée.

« L'antre ne contient pas de pus.

« Mais on aperçoit en haut une masse de *cholestéatome*.

« Destruction au niveau de la logette.

« Cholestéatome dans l'aditus et l'attique.

« Ostéite du massif facial et des cellules sinusofaciales qui sont détruites.

« Résection de la paroi postérieure du conduit.

« Un seul crin en haut.

« Pansement rétroauriculaire. »

Pansements. — Le malade reste à l'hôpital jusqu'au 22 juin. Il a été pansé tous les jours suivant la méthode ordinaire.

Il nous est confié le 24 juin.

Nous notons que la suppuration est très abondante, qu'il y a du pus bleu. Odeur fétide.

Le fond de la cavité opératoire présente des bourgeons mous, friables, à travers lesquels le stylet conduit sur de l'os dénudé.

Les lèvres de la plaie rétro-auriculaire sont éversées, recouvertes de bourgeons fongueux.

Nous pratiquons d'abord un sérieux lavage à l'alcool de la plaie et des parties voisines.

Lavage à l'eau oxygénée.

Lavage à l'alcool.

Crayon de nitrate d'argent.

Assèchement de la plaie.

Puis nous humectons les parois de la plaie ainsi que le fond avec de la glycérine boratée.

Mèches.

Compresses.

Ouate hydrophile.

Bande de maintien.

Le surlendemain 26 juin. — Nouveau pansement identique au premier.

Il y avait encore du pus bleu.

Nous laissons à demeure des mèches imbibées de glycérine boratée.

Le 28 juin. — Il n'a plus de pus bleu.

Suppuration moins abondante.

Pansement plus propre. Le pus est retenu par les mèches glycélinées et les suit quand on enlève celles-ci.

Pansement à la glycérine boratée.

1^{er} juillet. — La suppuration a beaucoup diminué. La plaie rétro-auriculaire a tendance à se fermer, les parois en sont lisses, rosées, vernissées.

Le fond de la cavité est également lisse.

Pansement à la glycérine boratée.

3 juillet. — Mêmes constatations.

5 juillet. — Nous n'employons plus l'eau oxygénée.

Seulement lavage à l'alcool.

Enduite glycérino-boraté.

Mèches imbibées de glycérine boratée.

Nous laissons la plaie rétro-auriculaire se fermer, et pratiquons le pansement par le conduit.

Jusque vers le 15 juillet. — Le malade a été pansé tous les deux jours.

A partir du 15 juillet. — Tendance à la cicatrisation très nette.

Pansement tous les trois jours.

La plaie rétro-auriculaire était complètement fermée vers le 18 juillet. Cicatrice lisse, à peine visible.

Au 31 juillet. — Cicatrisation de la plaie opératoire. Guérison complète. Il s'est écoulé deux mois et demi depuis l'opération, le malade a été pansé à la glycérine boratée pendant un peu plus d'un mois.

Observation IX

Évidement pétromastoïdien pratiqué le 17 mai 1907, pansé à la glycérine boratée à partir du 10 juin. Guérison complète à partir du 2 septembre.

M^{me} E... W..., âgée de 26, ans entrée dans le service le 10 mai 1907 pour otite chronique suppurée gauche.

« *Début* il y a sept ans sans cause apparente. Douleurs violentes pendant quinze jours, puis écoulement du pus amenant la cessation des douleurs.

« Écoulement continu, peu abondant.

« Lavages à l'eau oxygénée.

« Il y a quinze jours douleurs vives dans la tête, localisées bientôt à la mastoïde.

« Rougeur mastoïdienne sans tuméfaction.

« Douleur spontanée et à la pression.

« Examen otoscopique : membrane rouge. »

OPÉRATION le 17 mai par Sebileau.

« Incision. Il s'écoule du pus.

« Trépanation de l'antre: fongosités, un peu de *cholestéatome*.

« Trépanation exploratrice de la pointe qui est saine.

« Destruction du mur de la logette.

« Curettage de la caisse.

« Extraction des osselets. »

« La plastique est faite par le Dr Lemaître qui pratique une résection complète de la paroi du conduit juste au niveau de la conque. »

Pansements. — La malade est restée huit jours à l'hôpital après l'opération. Elle a été pansée tous les deux jours suivant la méthode ordinaire.

Elle nous est confiée le 4 juin.

Déjà quelques bourgeons sont nés isolément de l'os et tendent à se réunir.

Suppuration peu abondante, mais pus fétide.

Lavage à l'eau oxygénée

Lavage à l'alcool.

Teinture d'iode.

Mèches, etc.

Pendant trois jours : pansement quotidien.

10 juin. — Premier pansement à la glycérine boratée après avoir touché les bourgeons exubérants au nitrate d'argent.

12 juin. — Deuxième pansement à la glycérine boratée.

Pansement analogue tous les deux jours.

24 juin. — La plaie a bon aspect et semble évoluer vers la cicatrisation.

Suppuration peu abondante.

1^{er} juillet. — En examinant attentivement le fond de la cavité, nous voyons sur ce fond un bourgeon mou, rosé, à travers lequel le stylet conduit sur de l'os sec humide.

Cette exploration est très douloureuse.

Nous touchons ce bourgeon au nitrate d'argent.

Pansement à la glycérine boratée.

Mèches imbibées de glycérine boratée.

Pendant tout le mois de juillet, pansement à la glycérine boratée tous les deux jours.

La suppuration est peu abondante mais le pus est fétide.

La cavité est très étroite, et tend à se combler. Nous avons été plus d'une fois obligés de la dilater.

Vers le mois d'août, les bourgeons s'organisent, la suppuration diminue, le pus n'est plus fétide, la cicatrisation est en bonne voie.

L'épiderme voisin gagne la plaie opératoire.

Enfin le 2 septembre la guérison est complète.

La malade est revenue nous voir deux ou trois fois depuis sa guérison. Le fond de la cavité est net, lisse, luisant. Nous le lubrifions chaque fois avec un enduit glycérino-boraté.

Les pansements ont duré trois mois et demi, mais le malade n'a été pansé à la glycérine boratée que pendant deux mois et demi environ.

DEUXIÈME PARTIE

Dans la deuxième partie de ce travail nous voulons seulement rapporter nos recherches théoriques et expérimentales sur la glycérine boratée.

Nous la diviserons en trois chapitres :

Dans le chapitre I nous dirons quelques mots de la glycérine ;

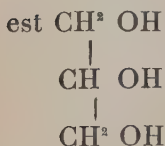
Dans le chapitre II nous parlerons du borate de soude ;

Dans le chapitre III nous envisagerons plus particulièrement la glycérine boratée.

CHAPITRE PREMIER

LA GLYCÉRINE

La glycérine est un alcool tribasique dont la formule est



Elle est extraite des corps gras par saponification en présence de l'eau.

La glycérine anglaise qui est celle généralement employée en pharmacie est extraite de l'huile de palme.

La préparation de la glycérine se fait par chauffage à plus de 300°, de sorte que la glycérine nouvellement préparée est forcément stérile.

Au delà de 315°, la glycérine se décompose par perte d'eau, il se forme de l'acroléine qui provoque le larmolement des personnes présentes.

A 285° il se produit également une altération légère, et se forme un éther dyclycérique.

Dans tous les cas la glycérine peut être chauffée jusqu'à 200° au moins sans subir aucune modification autre qu'une concentration.

Ainsi la glycérine peut être stérilisée.

Propriétés. — La glycérine est un corps neutre. Elle jouit de propriétés dissolvantes extrêmement étendues et des plus précieuses auxquelles les pharmaciens en particulier font journellement appel.

Nous insisterons plus particulièrement dans le chapitre III sur la solubilité du borax et de l'acide borique dans la glycérine.

Les ferments sont susceptibles d'attaquer la glycérine, cela d'autant plus que la solution est plus aqueuse.

Ainsi en solution aqueuse M. Berthelot a vu la glycérine fermenter en présence de certains tissus animaux, avec formation d'alcool, d'acide butyrique et dans quelques circonstances de produits voisins de matières sucrées.

M. Fitz a vu une fermentation alcoolique de la glycérine mise en présence des microbes du pus bleu ou du pus orange. Mais dans tous ces cas la glycérine était étendue d'eau.

MM. A. Gautier et Marc Delépine dans leur *Cours de chimie organique* sont très affirmatifs sur ce point qui nous intéresse particulièrement : « La glycérine, disent-ils, ne se prête à la vie des ferments que lorsqu'elle est très étendue. »

CHAPITRE II

LE BORATE DE SOUDE

Le borate de soude ou borax est un biborate dont la formule est $\text{Bo}^4 \text{O}^7 \text{Na}^3 10 (\text{H}^3\text{O})$.

Le borax officinal est prismatique, hexagonal.

Propriétés. — C'est un alcalin assez soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool, il est très soluble dans la glycérine.

« Sa solubilité dans la glycérine est très grande puisque la glycérine dissout à froid son poids sensiblement de borax officinal. » (Prunier. *Les médicaments chimiques.*)

Le borate de soude jouit de propriétés antiseptiques connues depuis longtemps. Dumas a montré que le borate de soude empêche les fermentations, en particulier la fermentation butyrique et putride.

D'après Rabuteau 1 gramme de borate de soude pour 100 grammes d'urine en empêche la fermentation.

CHAPITRE III

LA GLYCÉRINE BORATÉE

La glycérine boratée est une solution de borate de soude dans la glycérine. Le coefficient de borate de soude peut être de 1 à 100.

On emploie le plus souvent la glycérine boratée au 1/10. C'est celle que nous avons employée dans nos pansements.

La glycérine boratée jouit à la fois des propriétés de la glycérine et du borate de soude.

Employé dans les pansements, comme nous l'avons fait elle agit comme alcool, comme lubrifiant, et comme antiseptique doublement puissant, puisque d'une part la glycérine concentrée ne se prête pas à la vie des ferments, que d'autre part le borate de soude empêche les fermentations.

Nous avons d'ailleurs fait examiner au point de vue bactériologique par M. Dimitri, chef adjoint du laboratoire du Conseil supérieur d'hygiène, divers échantillons de glycérine boratée, dont l'un entre autres était resté, par nos soins, exposé aux impuretés de l'air et de la poussière pendant quarante-huit heures.

Aucun de nos échantillons n'a cultivé.

Mais nous voulons insister sur une propriété particulièrement curieuse et presque mystérieuse de la glycérine boratée.

Prunier écrit :

« La solubilité du borax et de l'acide borique est d'ordre spécial et correspond à des modifications notables dans l'énergie acide du produit à base d'acide borique », et plus loin :

« Le produit change de nature. Sa réaction alcaline au tournesol devient acide et cette acidité devient comparable à celle des acides forts puisque dans ces conditions la tropéoline vire au rouge. »

Voilà un fait curieux : le borate de soude (alcalin) dissous dans la glycérine (neutre) engendre un acide.

Nous avons entrepris avec l'aide de M. Lacroix, interne en pharmacie à l'hôpital Lariboisière, diverses expériences dans le but de préciser ce point.

Or il appert de nos recherches expérimentales que le problème est plus complexe que ne l'écrivent les auteurs.

Car s'il est vrai que la glycérine boratée est acide, cette acidité disparaît en présence d'une certaine proportion d'eau que M. Lacroix et moi nous avons essayé de déterminer et l'alcalinité reparait. On a ainsi le cycle suivant :

Glycérine(neutre) + borate de soude(alcalin) = Glycérine boratée (acide) + eau(neutre) = mélange (alcalin).

Ainsi une première solution modifie profondément la nature du produit, une deuxième solution produit la même perturbation moléculaire.

Il faut, d'après nos expériences, 5 gouttes de glycérine boratée au 1/10 pour 10 centimètres cubes d'eau, pour faire réapparaître l'acidité qu'a détruite la présence de l'eau.

Il y a donc un degré de concentration correspondant à l'acidité. Ainsi pour ce qui intéresse nos pansements, la glycérine boratée au 1/10 est acide.

Toutefois nous avons cru intéressant de rapporter les faits précédents.

TROISIÈME PARTIE

De l'ensemble de ces notes théoriques et expérimentales, il est permis de tirer quelques conclusions qui feront l'objet de la troisième partie de notre travail.

CONCLUSIONS

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

1°. — *a)* La glycérine boratée peut être employée sur des plaies cruentées sans faire courir aux malades le risque d'infection, puisque la glycérine boratée, antiseptique puissant, ne cultive pas ;

b) D'ailleurs puisque la glycérine peut être chauffée à 200° sans être dénaturée, on peut la stériliser d'abord et y ajouter ensuite le borate de soude facilement stérilisable ;

c) Nous conseillons simplement, par surcroît de pré-

cautions de faire chauffer au bain-marie la glycérine boratée pendant environ vingt minutes, chaque fois avant de s'en servir.

2°. — a) La glycérine boratée constitue un bon pansement sur les plaies parce qu'elle en lubrifie les parois, et les protège contre les contagies extérieures ; — de plus, elle dissout le pus, retient et tue les microbes ;

b) Les mèches ou compresses imbibées de glycérine boratée retiennent le pus, de sorte que le pansement est plus propre, le malade peut vaquer à ses occupations plus vite et avec un moindre inconvénient.

c) Toute trace de fermentation butyrique (quand elle existe disparaît) sous l'influence de la glycérine boratée.

B. — CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES A LA PRATIQUE OTOLOGIQUE.

1° La glycérine boratée déjà employée en otologie, n'a pas été avant nous utilisée directement dans les pansements des mastoïdites et des évidements pétromastoïdiens.

2° Appliquée aux pansements des *mastoïdites*, la glycérine boratée présente de réels avantages :

a) Elle active le bourgeonnement de la plaie opératoire et le régularise ;

b) Elle favorise l'épidermisation et active la cicatrisation terminale sans laisser de dépression notable au niveau de la cicatrice ;

c) La cicatrice cutanée est en outre particulièrement

souple et lisse ; même lorsque l'incision a dû être prolongée jusque vers le cou, et que la plaie n'a pas été complètement refermée par l'opérateur, le résultat esthétique est appréciable ;

d) Avec la glycérine boratée convenablement employée, on n'a jamais d'incidents de pansements, et la durée totale du temps qui s'écoule entre l'opération et la cicatrisation terminale, est au moins d'un tiers plus courte qu'avec la méthode ordinaire des pansements simples ;

e) L'emploi de la glycérine boratée suffit à presque tous les cas ; il est inutile d'employer la teinture d'iode quand on se sert de glycérine boratée ;

f) Il peut arriver que la marche de l'épidermisation soit trop rapide et que la cavité tende à se combler avant que les bourgeons n'aient le temps de s'organiser ; mais, dans ces cas, il suffit d'un coup de curette pour rétablir l'équilibre, à moins que cette prolifération des bourgeons tienne à un point d'ostéite profond, oublié par le chirurgien ou développé secondairement, ce dont il faut s'assurer avec le stylet ;

g) Nous conseillons donc d'employer systématiquement la glycérine boratée dans tous les pansements de mastoïdites, quelle que soit l'étendue de la plaie opératoire, et cela dès les premiers pansements ;

3° Nous rejetons par contre l'emploi de la glycérine boratée dans les pansements des *évidements petro-mastoïdiens*, en dépit des bons résultats que nous avons obtenus dans certains cas, entre autres dans ceux qui font l'objet de nos deux observations rapportées plus

haut, parce que dans le plus grand nombre des cas, les résultats ne nous ont pas satisfait.

a) La méthode est donc infidèle dans ces cas ;

b) Le bourgeonnement des plans est le plus souvent trop rapide et aboutit à un résultat contraire à celui qu'il faut obtenir ;

c) Tout au plus peut-on utiliser la glycérine boratée dans les pansements des évidements pétro-mastoïdiens, pour activer la cicatrisation terminale, alors que toute suppuration a disparu.

4° Nous conseillons l'emploi de la glycérine boratée au dixième, ce degré de concentration nous paraissant suffisant pour les pansements otologiques.

5° Les mèches imbibées de glycérine boratée au dixième et enfouies sous tassement nous paraissent le mode de pansement le meilleur.

6° Enfin nous recommandons de faire précéder ce pansement, d'un lavage sérieux à l'alcool de la plaie et des parties environnantes, comme dans la méthode ordinaire.

Vu : le Président de thèse

PAUL SEGOND

Vu le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

